

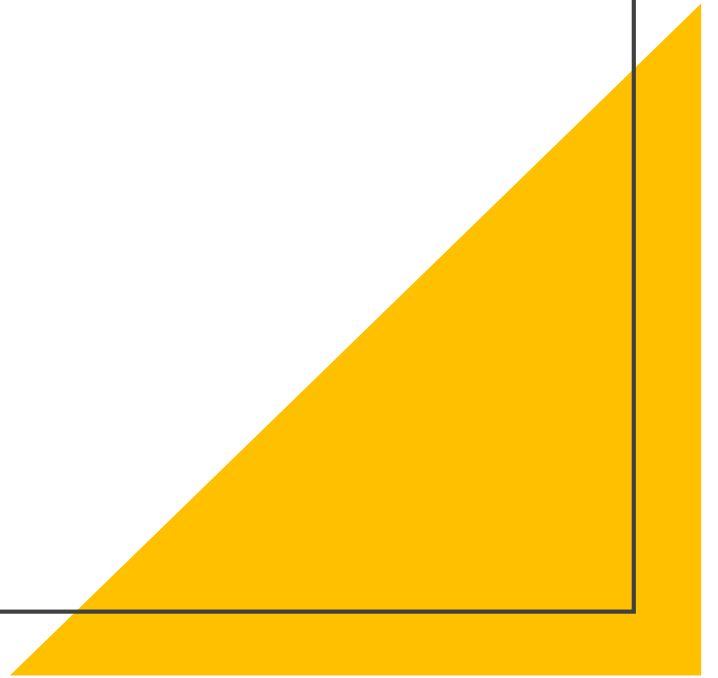
La valutazione in psicologia dello sviluppo



La valutazione in psicologia dello sviluppo

Colloquio Clinico: istruzioni per l'uso.

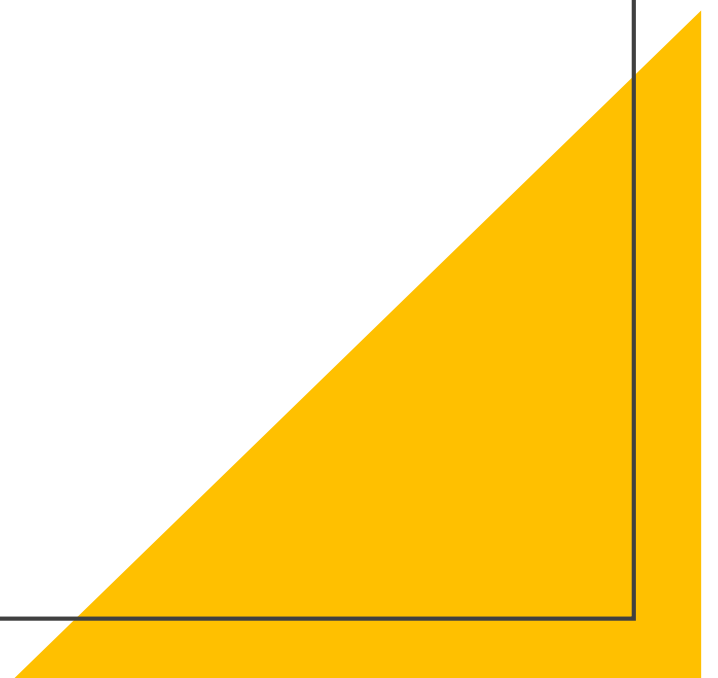
<https://www.youtube.com/watch?v=651jOKyn9eQ>



Il colloquio clinico in età evolutiva: Il 1 appuntamento

Il modo in cui avviene il primo appuntamento è molto informativo

- Chi prende contatto?
- Quali sono le motivazioni che li hanno spinti?



Il colloqui clinico: aspetti materiali

- Il luogo: una stanza è un luogo delimitato da pareti, solitamente caratterizzato da aperture verso l'esterno
- L'arredamento: non si tratta solo di singoli oggetti in una stanza ma della gestalt della stanza (oggetti, illuminazione)
- Il corpo dello psicologo



Il colloqui clinico: aspetti materiali

- Il luogo: una stanza è un luogo delimitato da pareti, solitamente caratterizzato da aperture verso l'esterno
- L'arredamento: non si tratta solo di singoli oggetti in una stanza ma della gestalt della stanza (oggetti, illuminazione)
- Il corpo dello psicologo



A photograph of a medical consultation. A female doctor in a white lab coat and glasses is on the right, holding a clipboard and pen, looking towards a middle-aged couple. The man, on the left, has grey hair, wears glasses, and a blue striped shirt; he is resting his chin on his hand in a thoughtful pose. The woman, in the center, has blonde hair and wears a yellow top; she is looking down at the clipboard. The background is a bright, out-of-focus clinical setting.

Il colloquio di valutazione

Il 1 appuntamento

Il colloquio senza bambino non è necessario ma

- Deve essere fatto quando i genitori lo chiedono espressamente
 - Quando il bambino sembra essere la posta in gioco di un conflitto di coppia
 - Quando il bambino sembra essere il sintomo di una patologia genitoriale
 - Il bambino deve essere avvisato che il colloquio si svolgerà senza di lui
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Raccolta delle informazioni: il 1 appuntamento

- La durata deve essere di circa 90 minuti e deve intervallare momenti di discorso libero a domande particolari;
- L' «interrogatorio» ci fa conoscere i sintomi ma non esaurisce il processo di consultazione;
- Il discorso dei genitori fa emergere difese e fantasmi familiari

Raccolta delle informazioni: il 1 appuntamento

- L'operatore deve essere attento ai diversi livelli della comunicazione

1. Livello non verbale: suddivisione delle persone nello spazio, verso chi va il bambino, chi parla, gesti e mimica dei partecipanti

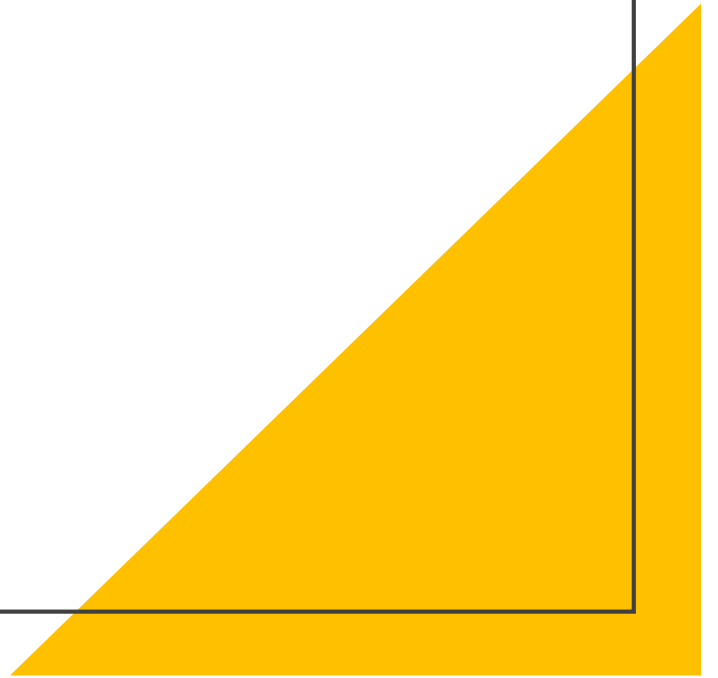
2. Livello verbale: qualità formale e modalità di articolare il discorso

Raccolta delle informazioni: il 1 appuntamento

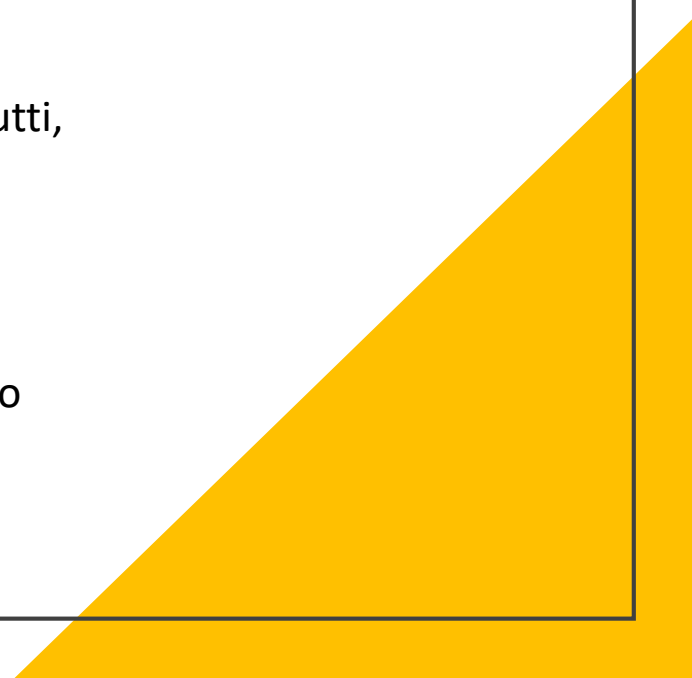
- Di solito il bambino tace mentre i genitori raccontano la storia del sintomo
- Poi parlano del bambino immaginato e non solo del bambino reale
- E' importante annotare se e quando il bambino interviene

Raccolta delle informazioni

- Non è un intervento d'urgenza!
- E' uno spazio in cui pensare

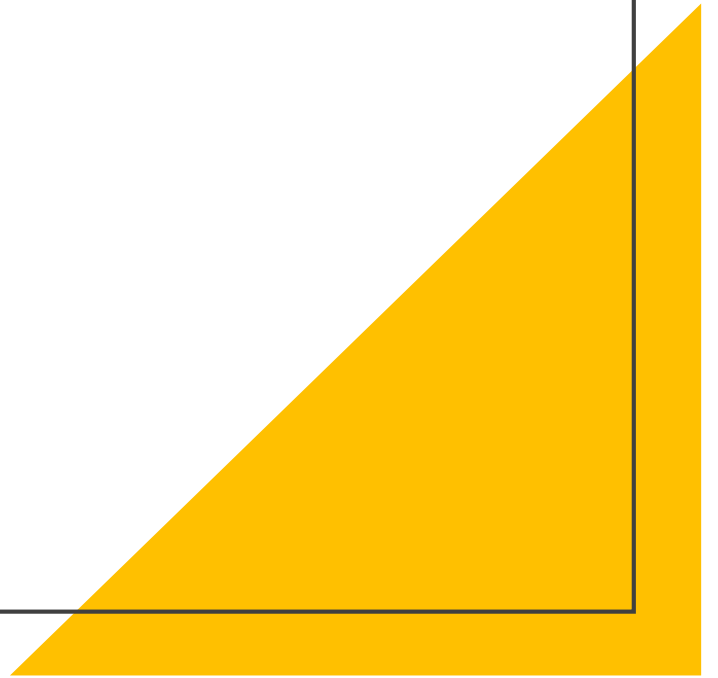


Ipotesi diagnostiche: l'Anamnesi

- Storia dei disturbi (sintomi attuali e passati)
 - Composizione della famiglia e condizioni di vita
 - Avvenimenti importanti nella vita del bambino (malattie, interventi chirurgici, lutti, separazioni)
 - Gravidanza e parto
 - Sviluppo nella prima infanzia (motorio, linguistico, cognitivo)
 - Evoluzione delle relazioni con l'ambiente e scambi affettivi (alimentazione, ritmo sonno-veglia condotte ed interessi di genere)
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Test e osservazione clinica

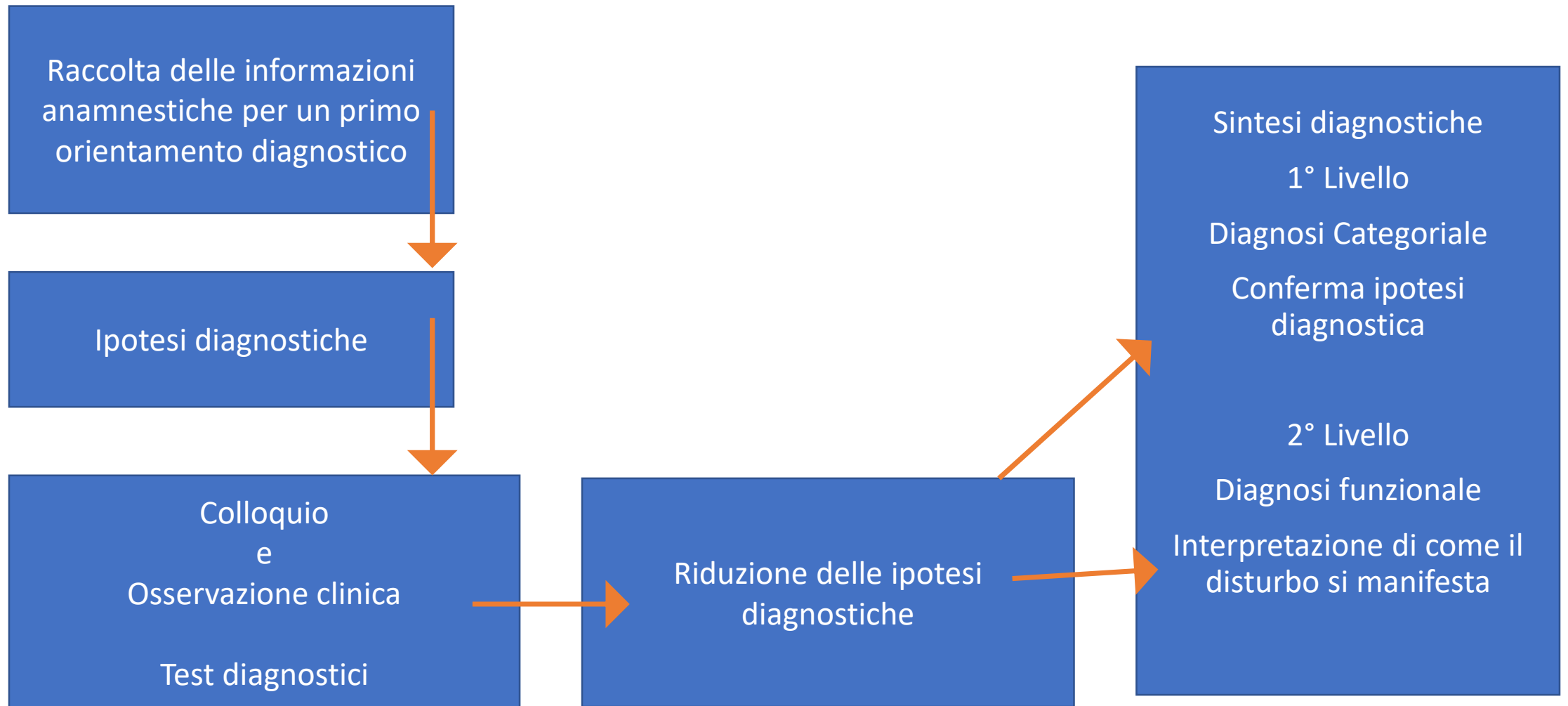
- Osservazione clinica
- Test misurazione oggettiva di alcune ipotesi



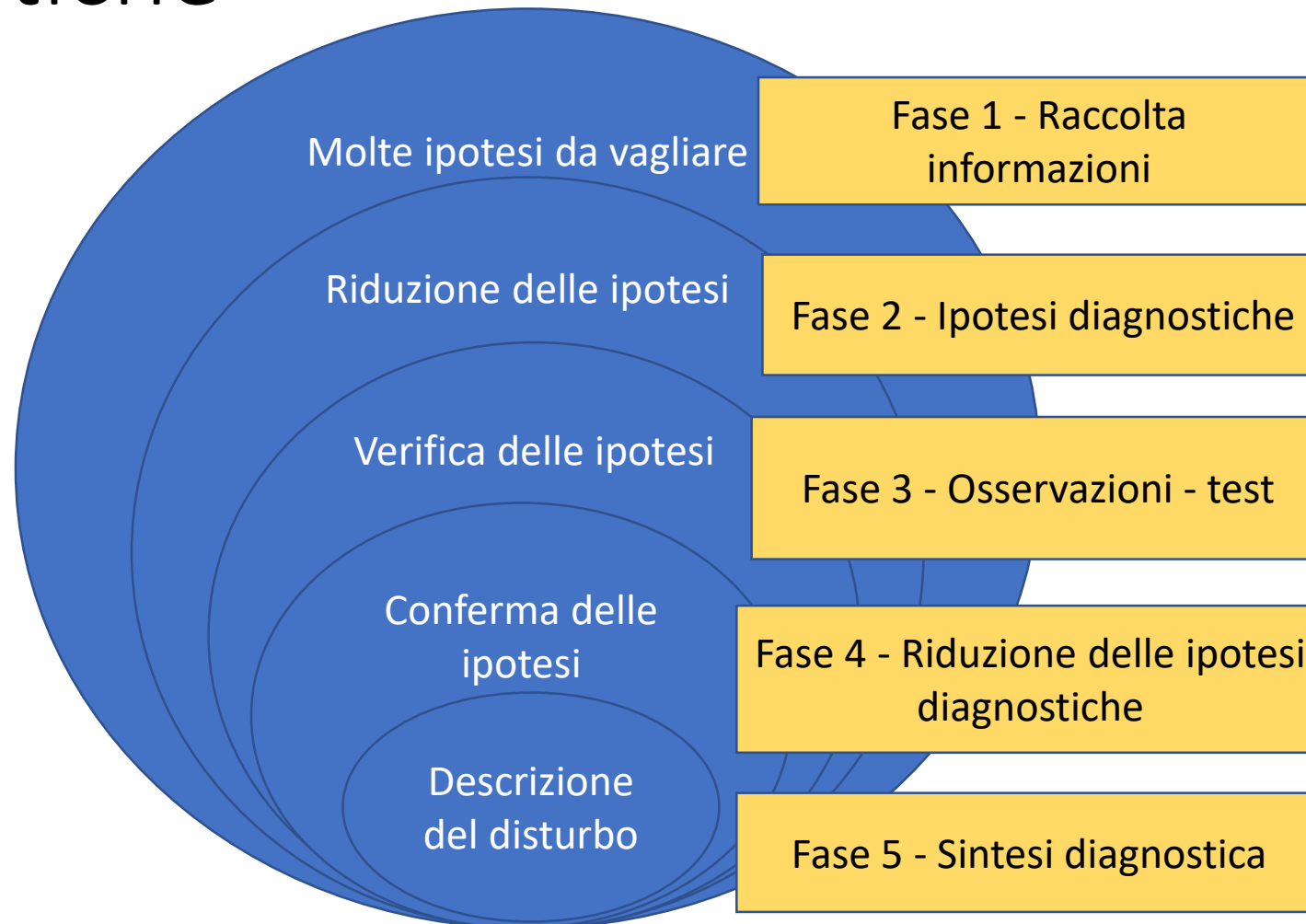
Obiettivi generali dell'attività di valutazione

- Identificare il problema;
- Spiegare il fenomeno in esame;
- Prevedere il decorso del problema;
- Modificare il decorso del problema.

Il percorso diagnostico (Vio & Lo Presti, 2014)



Riduzione delle ipotesi diagnostiche



Sintesi diagnostica

- Diagnosi di 1 livello (nosografica)
- Diagnosi di 2 livello (funzionamento adattivo)
- Restituzione riguardante aspetti qualitativi delle prestazioni, aree deficitarie, livello di funzionamento adattivo

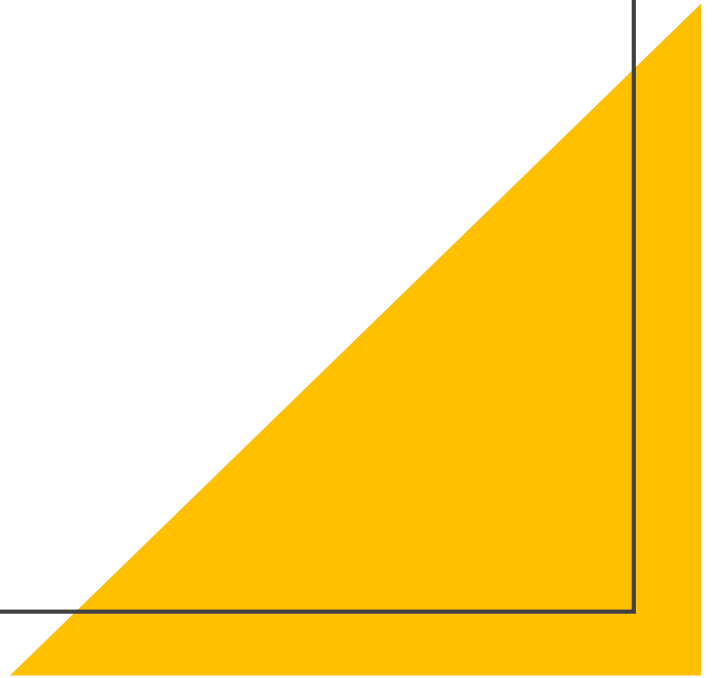


Classificazione dei disturbi

- D.S.M. *TR* (2023) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders espressione dell'American Psychiatric Association -
I.C.D. 11 (2022) International Classification of Diseases
espressione dell'Organizzazione Mondiale della sanità
- D.C. 0-5 (2018) Diagnostica Classification 0-5
- PDM-2 (2022) Manuale diagnostico Psicodinamico

Classificazioni dei disturbi mentali

- 1952 DSM I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- 1967 ICD 8 (International Classification of Disorders)
- 1978 ICD 9
- 1980 DSM III
- 1994 ICD 10
- 1994 DSM IV e CD 0-3
- 2005 CD 0-3R
- 2013 DSM V
- 2018 ICD 11
- 2022 DSM V-tr



Dal DSM IV al DSM 5

Rielaborazioni formali:

1. Nuova struttura del manuale
2. Abolizione del Sistema multiassiale
3. Assessment dimensionale
4. Il sintomo e il suo valore clinico

1. Struttura: nuova organizzazione dei capitoli

- Il DSM-5 ha modificato l'organizzazione dei capitoli al fine di riflettere un approccio basato sull'arco di vita;
- il Manuale inizia con i disturbi maggiormente diagnosticati nelle prime fasi della vita (Disturbi del neurosviluppo) e termina con quelli pertinenti all'età avanzata (Disturbi neurocognitivi);
- Nel DSM 5 è abolita la divisione tra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta;
- I paragrafi «**sviluppo e decorso**» possono darci indicazioni di come le manifestazioni si differenziano nell'arco della vita

2. Abolizione sistema multiassiale

- Una considerevole modifica riguarda l'abbandono del sistema di valutazione multiassiale, al quale eravamo abituati dal DSM-III, in quanto giudicato come “non necessario al fine di effettuare una diagnosi di disturbo mentale”

2. Sistema multiassiale dei precedenti DSM

- Asse I Sindromi Cliniche: sindromi acute che necessitano trattamento (e.g. depressione, attacchi di panico ecc)
- Asse II Disturbi della personalità e ritardo mentale (disturbo di personalità paranoide schizoide antisociale ecc)
- Asse III Condizioni Fisiche (e.g. disturbi cardiaci)
- Asse IV Stressors psicologici: problema psicosociale o ambientale può corrispondere a un evento negativo, una difficoltà o una carenza ambientale, uno stress familiare o interpersonale, alla inadeguatezza del supporto sociale o delle risorse personali
- Asse V Livello di funzionamento una scala che valuta il funzionamento globale dell'individuo

3. Assessment dimensionale

Per molte diagnosi la valutazione viene completata con la richiesta di indicare la gravità (specificati quantitativi).

- *Lieve*
- *Moderato*
- *Grave*

Assessment dimensionale: implicazioni

- Questo consente una minor medicalizzazione di quadri sfumati a basso impatto disfunzionale
- Il disturbo non viene rimandato all'individuo in sé ma ai bisogni adattativi che esso richiede
- l'accorpamento di più disturbi in una categoria più ampia, come è ad esempio avvenuto per i “disturbi dello spettro dell'autismo” diminuisce i tempi di definizione;

Esempio: Da Disturbi pervasivi dello Sviluppo (DSM 4) a Disturbi dello Spettro dell'autismo

- La diagnosi di **disturbi dello spettro autistico** è diventata unica, e tutti i sottotipi che prima erano presenti nel DSM-IV (es. *Sindrome di Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia e Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato*) sono stati eliminati.
- Rispetto alla diagnosi, ora i domini considerati sono solo due e non tre: «Deficit Socio-Comunicativi» (**criterio A**) e «Interessi Ristretti e Comportamenti Ripetitivi (RRB)» (**criterio B**).
- Viene specificato che il disturbo è presente precocemente ma può pienamente manifestarsi in diverse età a seconda delle richieste sociali (**criterio C**).
- Indicazione del livello di gravità dei sintomi (**criterio D**) in base al quale è possibile identificare il soggetto come bisognoso di aiuto in modo molto significativo, significativo o modesto (Santocchi e Muratori, 2012).

DSM-5: Severità del disturbo

Severità	Comunicazione sociale	Comportamenti ripetitivi e ristretti
Livello 1 – richiesta di supporto	Difficoltà ad iniziare interazioni sociali. Ridotto interesse per le interazioni sociali	Scarsa flessibilità nei comportamenti che causa interferenze significative in uno o più contesti. Difficoltà ad intraprendere attività nuove. Problemi di pianificazione e organizzazione.
Livello 2 – richiesta di supporto consistente	Marcati deficit nella comunicazione verbale e non-verbale. Difficoltà di interazione con gli altri anche con supporto.	Resistenza al cambiamento, comportamenti ripetitivi e ristretti che appaiono di frequente ed interferiscono nel funzionamento dell'individuo in più contesti. Disagio al cambiamento.

DSM-5: Severità del disturbo

Severità	Comunicazione sociale	Comportamenti ripetitivi e ristretti
Livello 3 – richiesta di supporto molto consistente	Deficit severi nella comunicazione verbale e non-verbale che causano difficoltà nel funzionamento dell'individuo. Risposte minime alle interazioni sociali.	Estrema resistenza al cambiamento, comportamenti ripetitivi e ristretti che interferiscono nel funzionamento dell'individuo in tutti i contesti. Forte disagio al cambiamento

Implicazioni cliniche 1

- il processo **diagnostico sarà più semplice**, in quanto i clinici non dovranno più spendere troppe risorse (anche in termini di tempo) per individuare i suddetti sottotipi.
- Grazie alla maggiore snellezza del processo diagnostico, i bambini potranno entrare in trattamento in tempi più brevi.

Implicazioni cliniche 2

Una diagnosi di Asperger, potrebbe essere formulata come una diagnosi di «**Disturbo dello Spettro Autistico** con buone abilità linguistiche e intelligenza elevata, richiedente supporto per la comunicazione sociale e richiedente molto supporto per i suoi comportamenti ristretti e stereotipati» (Vivanti et al., 2013).

Implicazioni cliniche 3

E' ormai appurato che le strategie e gli obiettivi di trattamento non devono basarsi su un'etichetta diagnostica, quale era quella dei sottotipi, ma devono essere pianificati sulla base del **profilo individuale** e sui punti di forza e di debolezza del bambino.

Le linee-guida del DSM-5 invitano infatti ad utilizzare un approccio diagnostico più descrittivo, indicando le caratteristiche cliniche rilevanti, il livello di gravità dei sintomi e le abilità cognitive e verbali associate.

4. Il sintomo e il suo valore clinico

- Con l'intento di aumentare la specificità diagnostica la designazione di Disturbo **NAS (Non Altrimenti Specificato)** è stata sostituita con due opzioni:
- *Disturbo con altra specificazione* e *Disturbo senza specificazione*, per consentire al clinico di specificare o meno le caratteristiche di un disturbo che non corrisponde appieno alla sintomatologia necessaria per entrare nella categoria diagnostica corrispondente.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni generali

Il sintomo è sempre meno determinante nel formulare una diagnosi ma ha un valore all'interno dell'associazione con un pattern clinico distintivo.

- «Disturbi d'ansia»,
- «Disturbi Ossessivi Compulsivi e correlati»,
- «Disturbi relativi a Trauma ed elementi di stress»

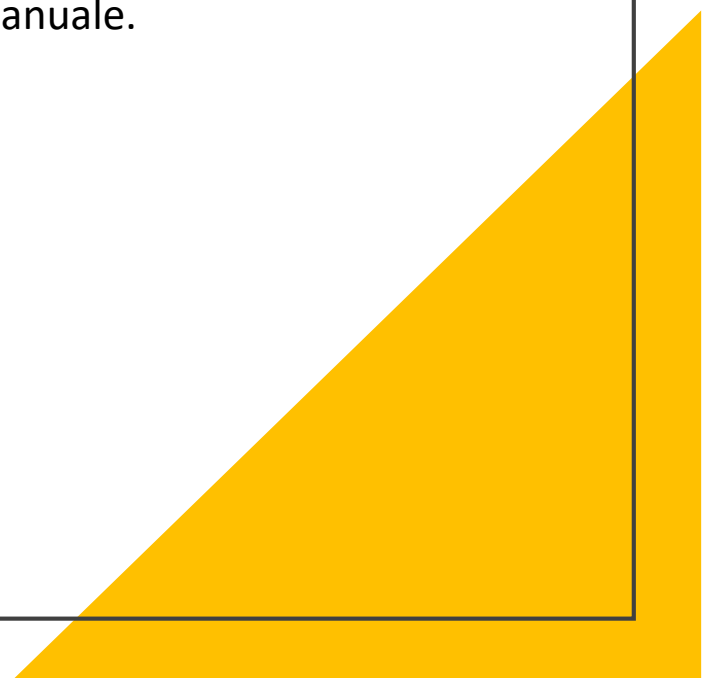
confermando il fatto che l'ansia non è il sintomo determinante ma fa parte di una configurazione clinica.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni generali

Alcune condizioni cliniche, che per essere riconosciute formalmente come disturbi necessitano di una **conferma scientifica**, sono state raccolte nella sezione III del manuale.

- Disturbo del comportamento suicidario;
- Autolesionismo non suicidario;
- Disturbo da gioco su internet.

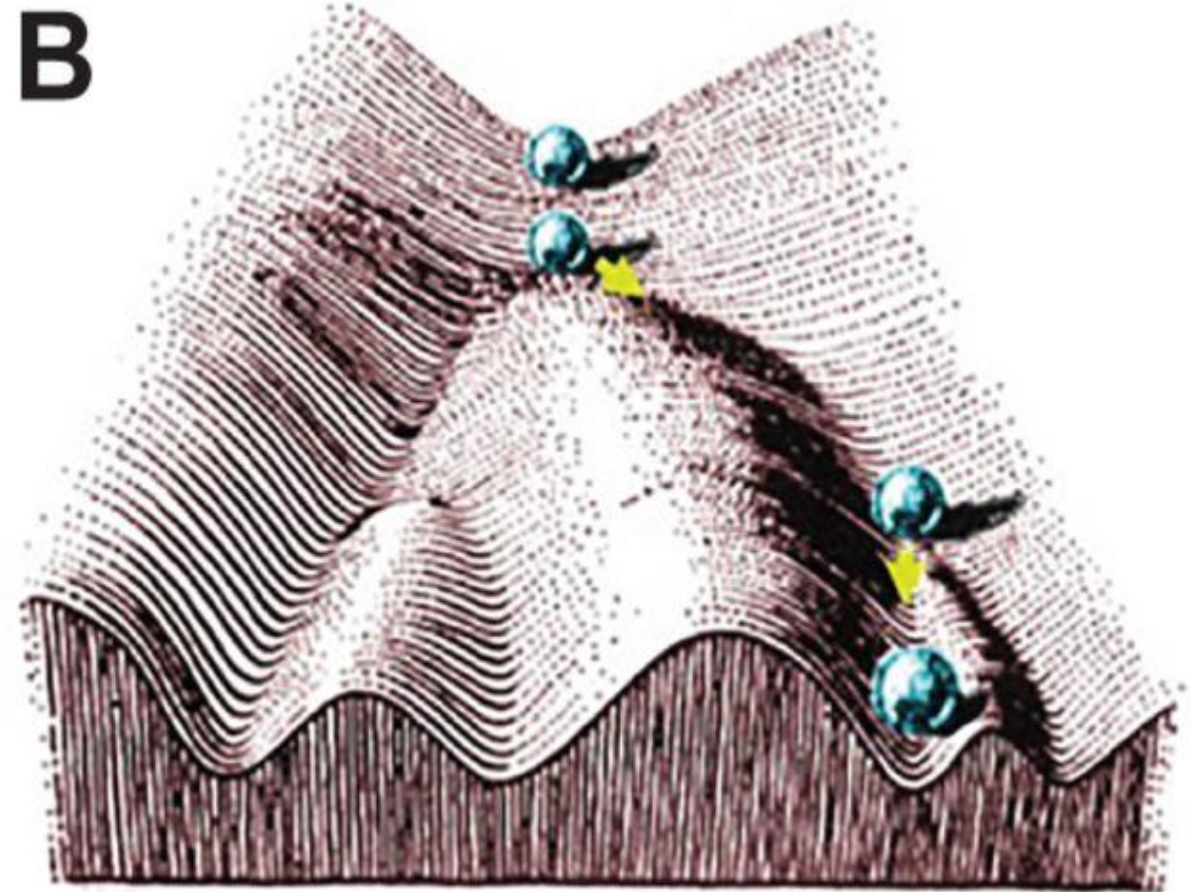
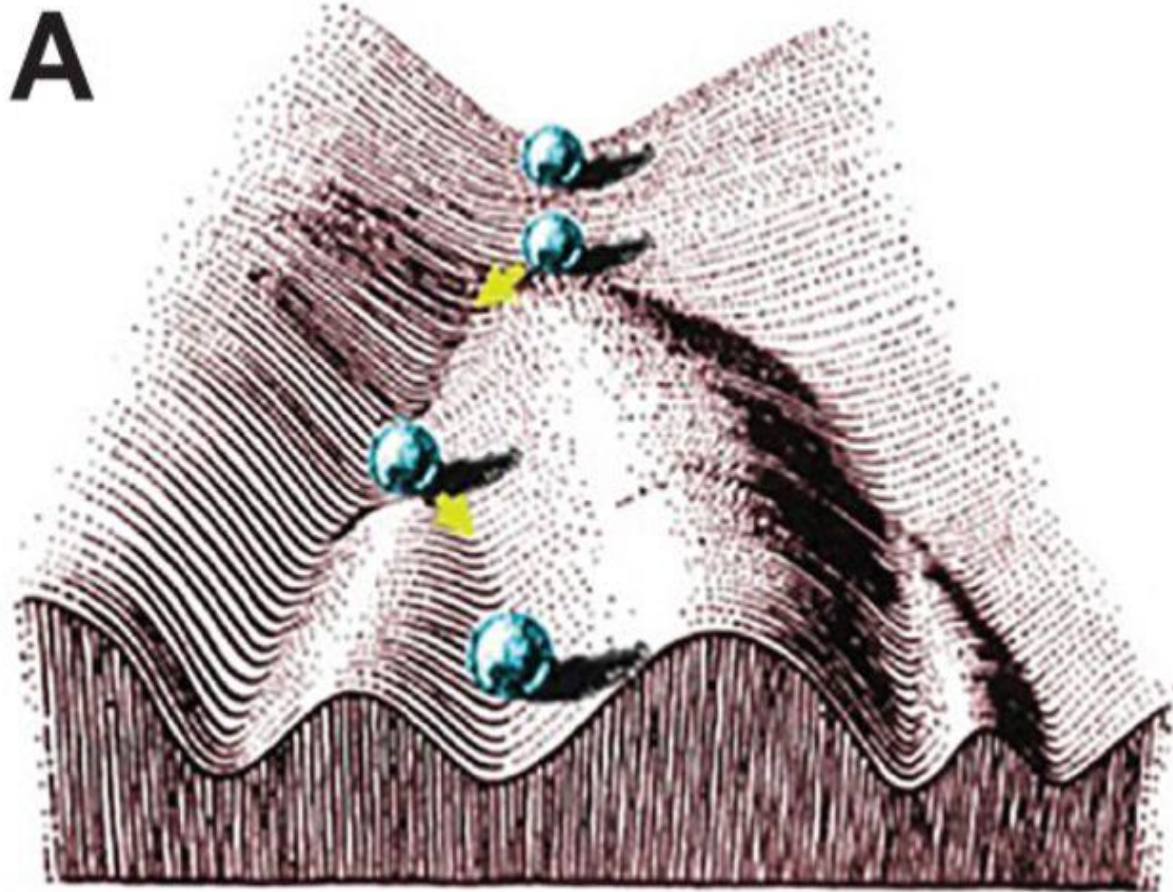
Ci indicano maggiore attenzione ai comportamenti autolesivi



DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

- **Il concetto di specificità:** È noto che una delle preoccupazioni del DSM-5 è stata quella di interrompere il processo di inflazione delle categorie diagnostiche che, dalle prime edizioni del DSM fino all'ultima, aveva visto raddoppiarsi il numero di disturbi.
- Visione dello sviluppo più plastica, soprattutto per l'ambito evolutivo, le singole componenti della mente risultano solo in parte dissociate (visione modulare di Fodor).

La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith



La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith

Un bambino, all'età di sei anni, mostra scarse abilità comunicative e linguistiche, in particolar modo un lessico molto povero rispetto ai coetanei e problemi a livello fonologico e sintattico.

Non risulta avere problemi a livello uditivo e possiede un QI nella norma.

Con questo quadro sintomatologico è molto probabile che al bambino venga diagnosticato un disturbo specifico del linguaggio.

Ci si chiede: **può un disturbo dello sviluppo linguistico essere ricondotto ad una disfunzione del modulo del linguaggio così come prevede l'ipotesi modulare della mente (Fodor, 1983)?**

La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith

- La **neuropsicologia** classica interverrebbe solo dopo una diagnosi attivando una riabilitazione del modulo disfunzionale senza prevedere nessun intervento sui moduli preservati.
- La **prospettiva neurocostruttivista** invece è totalmente differente: ricerca delle atipie nella traiettoria evolutiva in fase molto precoce. Si va a cercare la “deviazione” dal percorso tipico in un momento maggiormente plastico nel quale è possibile fornire dei supporti che possano limitare un decorso atipico.

La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith

Dove è possibile osservare queste atipie? Ad esempio, in alcuni meccanismi cognitivi di base quale il focus attentivo (si veda lo studio di **A. Karmiloff-Smith “Development itself is the key to understanding developmental disorders”, 1998**), oppure nella postura (si veda lo studio di Lindsay e collaboratori **“Posture Development in Infants at Heightened versus Low Risk for Autism Spectrum Disorders”, 2013**), e in altri possibili “marcatori” o “campanelli d’allarme” che possano segnalare la presenza di una piccola deviazione dalla traiettoria tipica dello sviluppo.

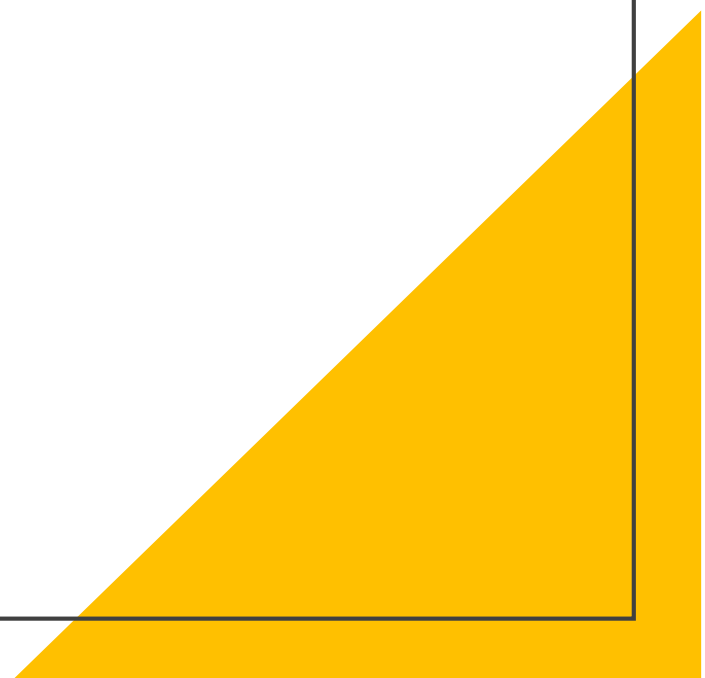
DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

La comorbidità: «sebbene il DSM-5 rimanga una classificazione categoriale di disturbi distinti, siamo consapevoli che i disturbi mentali non sempre rientrano completamente all'interno dei confini di un singolo disturbo.

Alcuni domini sintomatologici, come l'ansia e la depressione, coinvolgono molteplici categorie diagnostiche e possono riflettere una vulnerabilità di base per un più ampio gruppo di disturbi. Nel riconoscere questa realtà, i disturbi inclusi nel DSM-5 sono stati riordinati all'interno di una struttura organizzativa concepita per stimolare nuove prospettive cliniche»

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

Rischio di sovradiagnosi: l'inclusione di casi anche lievi all'interno della stessa categoria diagnostica (si pensi all'autismo) rischia di aumentare i casi diagnosticati



ICD 11

- L'ICD (International Classification of Disease), espressione della WHO (World Health Organization), è attualmente nella sua undicesima revisione, terminata nel 2018, e approvata dall'Assemblea Generale della WHO nel 2019. Il manuale è in fase di traduzione nelle diverse lingue e in via di acquisizione sull'intero Servizio Sanitario Nazionale.

Classificazione diagnostica 0-5



Classificazione diagnostica

1977 si costituisce il Centro Nazionale Statunitense per i Programmi di Clinica Infantile, che si chiamerà successivamente “ZERO TO THREE”

1987 si costituisce l'Unità Operativa formata da clinici e ricercatori, nel campo della salute mentale del bambino piccolo, di diverse professionalità e provenienza (Stati Uniti Canada e Europa)



Classificazione diagnostica 0-5

Categorizza i pattern emotivi e comportamentali che rappresentano le deviazioni più significative dello sviluppo “normale” nei primi anni di vita.

Le categorie diagnostiche sono di tipo descrittivo, cioè registrano pattern di sintomi e di comportamenti presenti nel bambino.

Alcune categorie implicano la presenza di potenziali fattori etiologici (es. il disturbo post-traumatico da stress), altre la presenza di processi disfunzionali (es. il disturbo della regolazione)



Classificazione diagnostica 0-5

La classificazione è basata sulla discussione di dati relativi a casi clinici e sull'accordo tra esperti in materia.

Essa costituisce una prima guida nella formulazione delle diagnosi e nella pianificazione degli interventi, oltre a rappresentare un quadro di riferimento per le comunicazioni scientifiche (linguaggio comune) e per la progettazione di future ricerche.



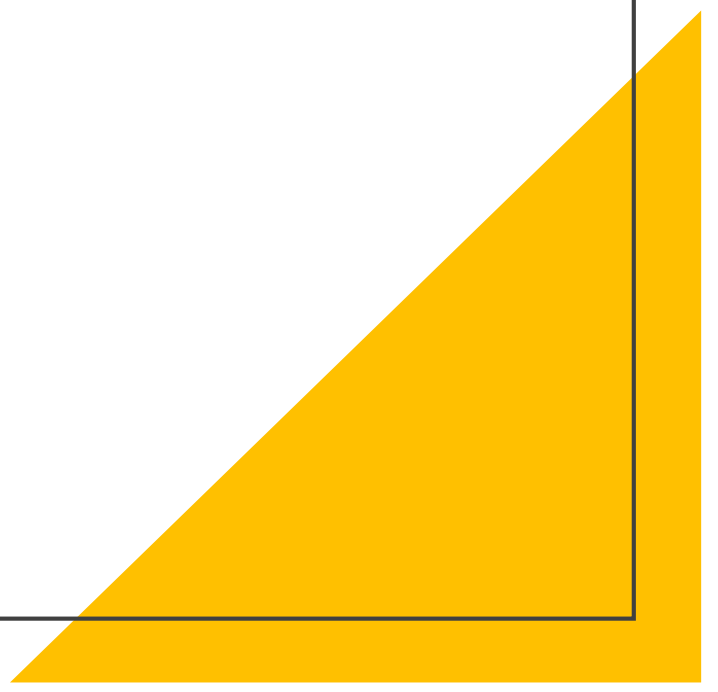
Classificazione diagnostica 0-5

Raccoglie tutte le scoperte del processo diagnostico in un mosaico ideale

- Comprende l'esame dei problemi del bambino in termini di vulnerabilità organica,
- storia di sviluppo,
- dinamiche familiari o di problemi relazionali

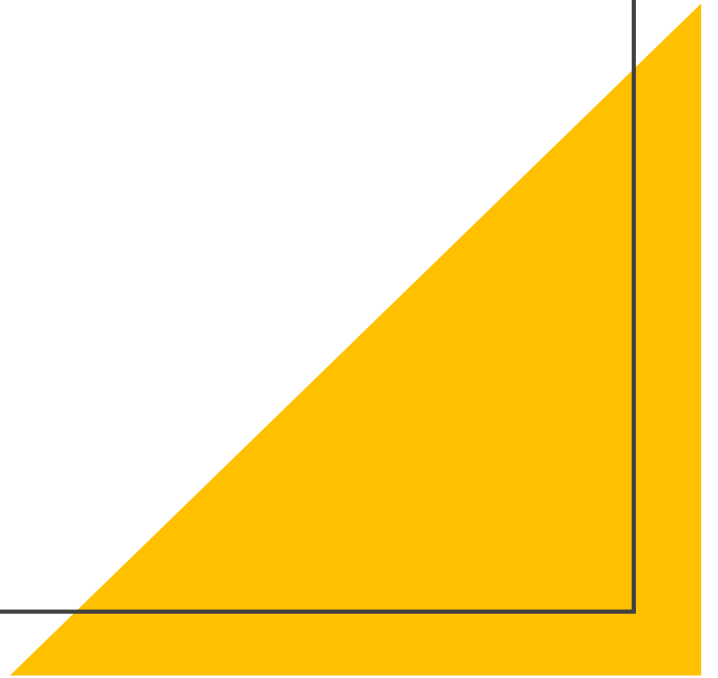
rappresenta un tentativo di riconoscere e di descrivere i sintomi dei disturbi mentali, di ricostruirne la loro evoluzione, di spiegarne i molteplici aspetti cognitivi e affettivi della specifica situazione del singolo individuo

Classificazione diagnostica 0-5

- Asse I Diagnosi Primaria
 - Asse II Classificazione della relazione
 - Asse III Disturbi e condizioni fisiche
 - Asse IV agenti psicosociali di stress
 - Asse V livello di funzionamento emotivo
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

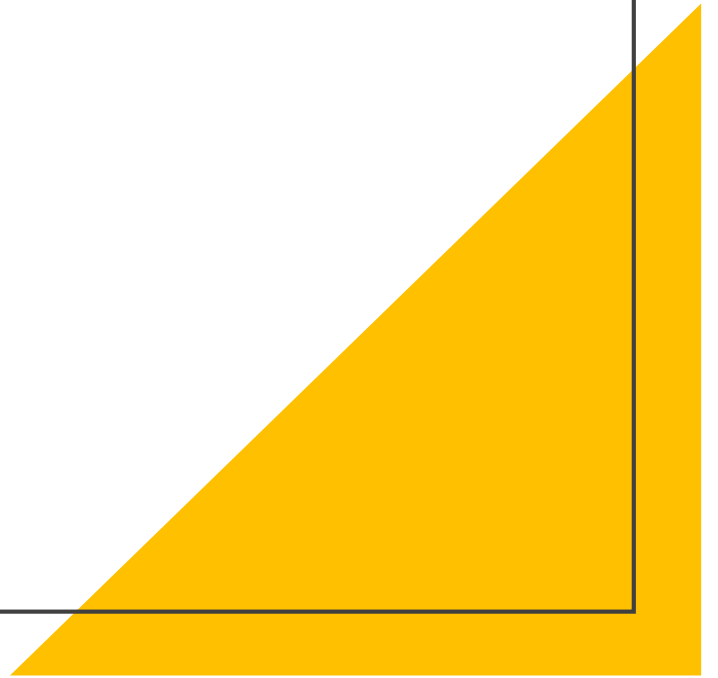
Asse I: Diagnosi primaria

- Disturbi del neurosviluppo
 - Disturbi dello spettro dell'autismo
 - Disturbo dello Spettro dell'autismo Atipico Precoce
 - Disturbo da deficit di Attenzione/Iperattività
 - Disturbo da ipertattività del Toddlerhood
 - Ritardo Globale di Sviluppo
 - Disturbo dello Sviluppo del linguaggio
 - Disturbo dello sviluppo della coordinazione
 - Altro



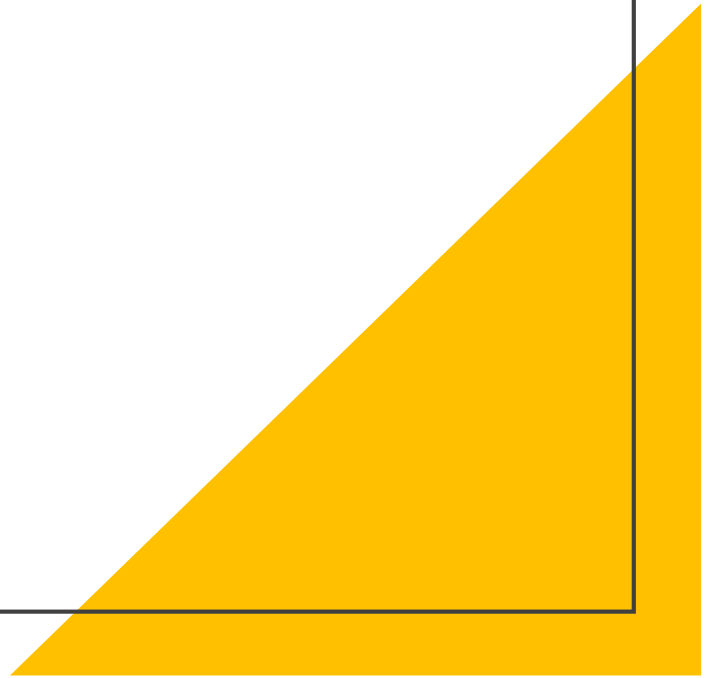
Asse I: Diagnosi primaria

- Disturbi del processamento sensoriale
 - Disturbo da Iper-responsività sensoriale
 - Disturbo da Ipo- responsività sensoriale
 - Altro disturbo della processazione sensoriale



Disturbi d'ansia

- Disturbi d'ansia da separazione
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Mutismo selettivo
- Disturbo d'inibizione per le novità
- Altro disturbo d'ansia nell'infanzia



Disturbo ossessivo compulsivo e disturbi collegati

- Disturbo ossessivo compulsivo
 - Sindrome di Tourette
 - Disturbo da Tic motori e Vocali
 - Tricotrillomania
 - Disturbo da abreazione (grattamento) di pelle nell'infanzia
 - Altro disturbo ossessivo compulsivo e disturbi collegati
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Disturbi del sonno, dell'alimentazione e del pianto

Disturbi del sonno

- Disturbi da attacchi di sonno
- Disturbo dell'addormentamento
- Disturbo da risveglio notturno
- Disturbi da incubi notturni

Disturbo dell'alimentazione

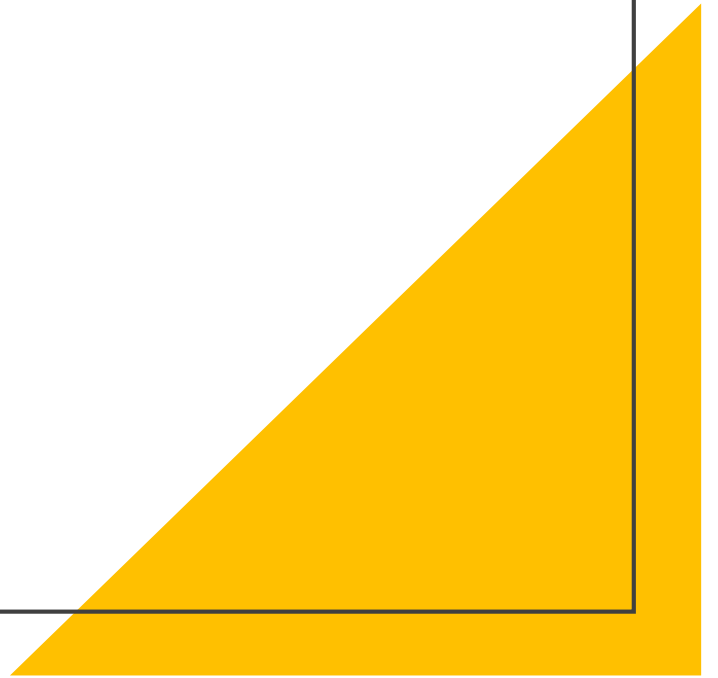
- Disturbo da iper alimentazione
- Disturbo da ipo alimentazione
- Disturbo dell'alimentazione atipico

Disturbi del pianto nell'infanzia

- Disturbo da pianto eccessivo

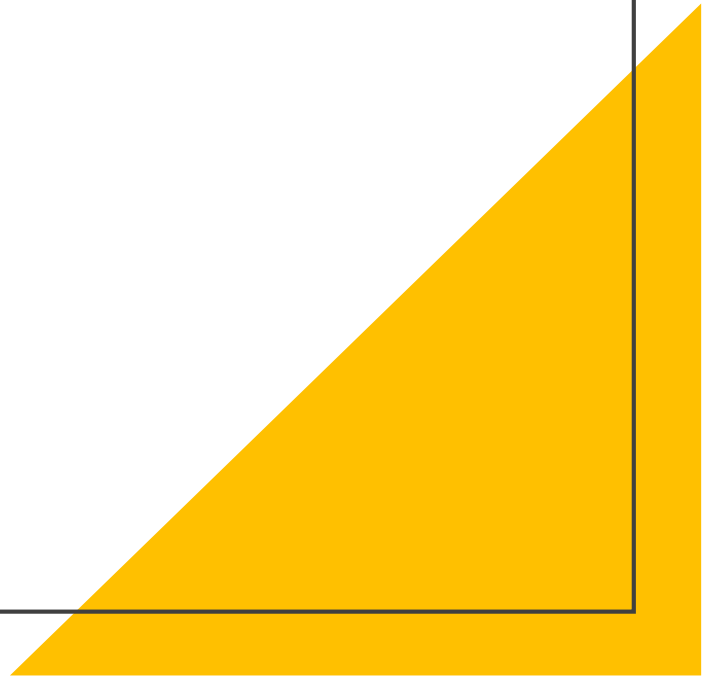
Disturbi da trauma, stress e deprivazione

- Disturbo da stress post traumatico
- Disturbi dell'adattamento
- Disturbo da lutto complicato dell'infanzia
- Disturbo reattivo dell'attaccamento
- Disturbo da comportamento sociale disinibito



Asse II: Classificazione della relazione

- Relazioni ben adattate e sufficientemente buone;
- Relazioni da tese ad ansiose;
- Relazioni da compromesse a disturbate;
- Relazioni disorganizzate e pericolose.



Asse II: Classificazione della relazione

- **RELAZIONE ANSIOSA/TESA** Il genitore ha una sensibilità estremamente alta ai segnali del bambino, è spesso iperprotettivo, tocca il b. in modo goffo e teso, c'è scarsa sincronia tra genitore e bambino, ha umore ansioso e sbaglia ad interpretare il comportamento e lo stato emotivo del b. rispondendo in modo inadeguato. Sia il genitore, sia il b. sono iper-reattivi l'uno nei confronti dell'altro. Il b. può essere molto accondiscendente o ansioso nei confronti del genitore.
- **RELAZIONE ARRABBIATA/OSTILE** Il genitore può essere insensibile al b., può toccarlo in modo brusco, può schernirlo o prenderlo in giro. La relazione trasmette al clinico un senso di rabbia e di ostilità. Il genitore può percepire la dipendenza del figlio come una richiesta eccessiva e irritarsi per i bisogni espressi dal bambino. Il b. può essere pauroso o aggressivo o avere comportamenti di evitamento verso il genitore; può avere preferenza per i comportamenti concreti piuttosto che per quelli che sviluppano la fantasia.

Asse III: Disturbi e Condizioni Fisiche e Mentali associati

E' possibile includere in questo asse le diagnosi effettuate utilizzando altri sistemi classificativi quali il DSM IV o l'ICD 10 o altre classificazioni specifiche utilizzate da Logopedisti/e, Fisioterapisti/e o Psicomotricisti/e o insegnanti di sostegno o altro personale sanitario. Lo scopo è quello di annotare ogni caratteristica sì utile a disegnare il quadro complessivo del mondo vitale e relazionale del bambino.

Asse IV: Agenti psicosociali di stress

L'impatto dell'evento traumatico dipende da 3 fattori:

La severità dello stress (intensità e durata, l'esordio improvviso, la frequenza e l'imprevedibilità della ricorrenza)

Il livello di sviluppo del b. (età cronologica, storia socio emozionale, vulnerabilità biologica allo stress, la resistenza dell'io)

La disponibilità e la capacità dell'adulto nel dare protezione e nell'aiutare il b. a fronteggiare il fattore stressante

Asse V: Livello di sviluppo e funzionamento emotivo

- Si utilizzano 2 parametri:
- 1) valutazione della qualità di gioco del bambino e della sua relazione con ciascuna delle persone che hanno un ruolo significativo nella sua vita (caregiver) e poi con l'esaminatore.
- 2) valutazione del livello di funzionamento globale del bambino. Per fare tale valutazione si deve utilizzare l'osservazione diretta del bambino e della sua relazione con gli adulti, ma si devono anche raccogliere informazioni sul suo funzionamento a casa e in contesti differenti.

PTSD confronto DSM – CD 05: criterio A

A. I criteri del **DSM-5** per il disturbo da stress post-traumatico sono:

A. Essere **esposti ad un evento traumatico** che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave infortunio o un abuso sessuale in uno dei seguenti modi:

- Avere fatto una esperienza **traumatica** diretta
- Avere assistito ad una esperienza **traumatica** di qualcun altro (in particolare i caregiver primari)
- Essere venuto a conoscenza di un evento **traumatico** accaduto ad un familiare o ad un amico

A. I criteri del **CD-05** per il disturbo da stress post-traumatico sono:

A. Essere **esposti ad una grave minaccia di lesioni, incidenti, malattie, traumi medici, perdite significative, disastri, violenze, abusi fisici o sessuali** in uno o più dei seguenti modi:

- Avere fatto una esperienza **traumatica** diretta
- Avere assistito ad una esperienza **traumatica** di qualcun altro
- Essere venuto a conoscenza di un evento **traumatico** accaduto ad una persona significativa nella sua vita

PTSD: criterio B

B. La presenza di uno o più tra i seguenti **sintomi intrusivi**:

- Ricorrenti, involontarie ed intrusive memorie disturbanti dell'evento traumatico (osservati nel gioco dei bambini)
- Ricorrenti incubi in cui il contenuto è legato al trauma (nei bambini sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile)
- Reazioni dissociative (come i flashback) che portano il soggetto a sentire e comportarsi come se stessero rivivendo il trauma
- Stati intensi e prolungati di disagio psicologico che si attivano da stimoli interni o esterni (ad esempio sentendo un particolare odore) che sono collegate al trauma
- Reazioni fisiologiche marcate che si attivano da stimoli interni o esterni collegati al trauma (osservati nel gioco dei bambini)

B. Il bambino mostra in modo evidente di **rivivere l'evento traumatico** attraverso uno dei seguenti sintomi:

- Gioco o comportamento che rimette in scena alcuni aspetti del trauma
- Preoccupazione inerenti l'evento traumatico espresse da ripetute affermazioni o domande riguardo alcuni aspetti dell'evento. Il disagio non è necessariamente evidente
- Incubi ripetuti, il cui contenuto può essere o non essere collegato all'evento traumatico
- Significativo disagio al ricordo dell'evento traumatico
- Marcate reazioni fisiologiche (sudorazione, cambio di colorito ecc.) al ricordo dell'evento
- Episodi in cui il bambino, dopo l'evento, si blocca, si ferma o si fissa e non è responsivo agli stimoli ambientali per diversi secondi o minuti al ricordo dell'evento traumatico

PTSD: Criterio C

C. Evitamento costante di stimoli associati agli eventi traumatici. Tale evitamento deve essere iniziato a seguito dell'evento traumatico e può essere di due tipi:

Persistente evitamento degli stimoli:

- Evitamento o sforzi per evitare ricordi, pensieri o sensazioni collegate all'evento traumatico.
- Evitamento o sforzi per evitare persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni che ricordano l'evento traumatico e che scatenano pensieri, ricordi e sensazioni sgradevoli.

Alterazioni cognitive:

- Sostanziale aumento degli stati emotivi negativi
- Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative, inclusa la limitazione nel gioco
- Comportamento socialmente ritirato
- Persistente riduzione dell'espressione di emozioni positive

C. Il bambino cerca ripetutamente di evitare gli stimoli associati al trauma attraverso tentativi di evitare persone, luoghi, attività, conversazioni o situazioni interpersonali che gli ricordino il trauma

PTSD: criterio D

D. Alterazioni nel pensiero o nell'umore che iniziano o peggiorano a seguito dell'evento **traumatico**. Per soddisfare il criterio sono necessari almeno due sintomi tra questi indicati:

- Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia
- Ipervigilanza
- Esagerata risposta di allarme
- Problemi di concentrazione
- Difficoltà relative al sonno

D. Il bambino sperimenta una diminuzione della responsività emozionale positiva che compare o si intensifica dopo il trauma e si manifesta attraverso uno dei seguenti sintomi:

- Aumento del ritiro sociale
- Ridotta espressività delle emozioni positive
- Importante diminuzione dell'interesse o della partecipazione ad attività come il gioco o le interazioni sociali
- Aumento della paura o della tristezza

PTSD: Criterio E

E. Marcate alterazioni nell'arousal e nella reattività associati all'evento **traumatico** che iniziano o peggiorano dopo l'evento traumatico. Sono necessari almeno due dei seguenti sintomi:

- Umore irritabile e scatti di rabbia espressi con aggressioni verbali o fisiche verso oggetti o persone
- Comportamenti spericolati o auto-distruttivi
- Ipervigilanza
- Reazioni di trasalimento esagerate
- Problemi di concentrazione
- Disturbi del sonno
- Il disturbo post-traumatico da stress può essere diagnosticato ad un mese dall'evento. Inoltre il disturbo deve causare un significativo disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo in altre importanti aree del funzionamento.

E. I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:

- Causano disagio al bambino
- Interferiscono con le relazioni del bambino
- Limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane
- Limitano la capacità del bambino di imparare o sviluppare nuove abilità o interferiscono con i processi di sviluppo

PDM Manuale diagnostico psicodinamico

E' stato strutturato con lo scopo di unire le scoperte empiriche con le ipotesi nate dalla **pratica clinica** della psicoanalisi clinica e con la **nosografia tradizionale** all'interno di un sistema coerente e integrato che segua una linea strutturale della diagnostica psico-dinamica

Usa categorie diagnostiche e un diverso linguaggio diagnostico per quanto riguarda età diverse

MULTIASSIALITA' DIAGNOSTICA

ASSE P: Sindromi di **Personalità** –
(Personalità normale, nevrotica, border line e psicotica)

ASSE M: **funzionamento Mentale**
generale

ASSE S: **esperienza Soggettiva** (Prende
spunto da ICD e DSM e presenta i
Sintomi clinici)

DIAGNOSI PER FASCE D'ETA'

- Sezione I: Adulti
- Sezione II: Adolescenza (12-19)
- Sezione III: Infanzia (4-11)
- Sezione IV: Prima Infanzia (0-3)
- Sezione V: Anziani
- Sezione VI strumenti di valutazione

DIAGNOSI COME RELAZIONE E ALLEANZA

- Alleanza terapeutica e alleanza diagnostica
- Disciplinare la soggettività del clinico

PDM

Maggior integrazione tra
casi clinici e modelli teorici
e risultati della ricerca
empirica

Considera punti di forza del paziente

- Resilienza
- Punti di forza
- Capacità di funzionamento

PDM - Infanzia



Valutazione 4-11 anni

Gli assi sono quelli utilizzati nella diagnostica per l'adulto ma riorganizzati come priorità

- Funzioni mentali (come fanno esperienza di relazioni ed emozioni, come affrontano l'ansia) ASSE **Funzionamento mentale** Child

Descrive le modalità attraverso le quali i bambini sperimentano le loro emozioni e le relazioni, difese, resilienza ecc

- Come si mettono in relazione con il mondo **Personalità** Child - come personalità in formazione
- Sintomi concepiti come una modalità attraverso la quale il bambino affronta il mondo (**Sintomi** Child)

Fonti di informazione

Checklist delle possibili fonti di informazione sul funzionamento mentale del bambino

- Studio o stanza di consultazione (sedute di osservazione clinico-diagnostica)
- Genitori o altri caregiver (storia familiare ed evolutiva, scale di valutazione, interviste)
- Pediatra (storia medica)
- Insegnanti (scale di valutazione, interviste)
- Osservazioni in classe
- Valutazione formale (test cognitivi, di performance, neuropsicologici, proiettivi, ecc.)
- Osservazione delle interazioni diadiche durante la valutazione diagnostica
- Altre fonti di informazione (consulenti, nonni e altri membri della famiglia, operatori dei servizi sociali, ecc.)

Processi specifici valutati nell'asse MC (Mentale Child)

1. Processi cognitivi e affettivi

- a) Capacità di attenzione, regolazione, apprendimento
- b) Capacità di range affettivo, della comunicazione e della comprensione
- c) Capacità di mentalizzazione e funzionamento riflessivo

Processi specifici valutati nell'asse MC

2. Identità e relazioni

- a) Capacità di differenziazione e integrazione (identità)
- b) Capacità di relazione intima
- c) Capacità della regolazione dell'autostima e della qualità dell'esperienza interna

Processi specifici valutati nell'asse MC

3. Difese e coping

- a) Capacità di controllo degli impulsi e della regolazione
- b) Capacità di funzionamento difensivo
- c) Capacità di adattamento resilienza e forza

Processi specifici valutati nell'asse MC

4. Autoconsapevolezza e autodirezionalità

- a) Autosservazione
- b) Capacità di usare standard interni ideali

1. Processi cognitivi e affettivi

a. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento

- elaborazione uditiva e linguaggio,
- elaborazione visuo-spaziale,
- pianificazione e sequenziamento motorio,
- modulazione sensoriale,
- funzioni esecutive (problem solving, sequenziamento e organizzazione delle azioni); memoria (di lavoro, dichiarativa e non dichiarativa),
- Attenzione,
- Intelligenza.

Test: AC-MT, WPPSI-IV; Wechsler, 2012; Comprehensive Executive Function Inventory (CEFI; Naglieri, Goldstein, 2013)

b. Capacità di comunicare, fare esperienza e comprendere gli affetti

Questa funzione include la capacità di regolazione emotiva del bambino, l'accettazione e il piacere del proprio corpo

Il clinico dovrebbe considerare in che modo in cui si manifestano e come sono gestiti rabbia e aggressività ma anche affetto e cura

Test: Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C; Laurent, Catanzaro, Joiner et al., 1999); Emotion Regulation Checklist (ERC; Shields, Cicchetti, 1997) Children's Apperception Test (CAT; Bellak, Bellak, 1949)

c. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva

Nel valutare questa capacità, è utile porsi alcune domande:

in quale misura il bambino è in grado di comprendere gli stati mentali propri e altrui?

Quanto è capace di assumere prospettive diverse dalla propria?

Vi sono elementi che suggeriscono che sappia differenziare la realtà psichica (interna) da quella esterna?

In che modo attribuisce significato alle proprie azioni e a quelle degli altri?

È capace di riflettere sulle proprie intenzioni e sui propri pensieri e sentimenti, e di differenziarli da quelli degli altri? O invece sembra manifestare la modalità di funzionamento dell'“equivalenza psichica” per cui, se il bambino si sente in un certo modo, tutto il mondo deve necessariamente sentirsi in quel modo (per esempio: “Sono arrabbiato e voglio far male a qualcuno, faccio male agli altri prima che loro lo facciano a me”)?

Se gli viene richiesto di immaginare quello che sta pensando o provando un suo amico, riesce a modulare i propri sentimenti e a pensare realmente all'esperienza interna dell'altro?

In situazioni di stress, il bambino è in grado di mentalizzare con l'aiuto di un adulto, riflessivo e mentalizzante, che mostri un atteggiamento genuinamente curioso e partecipe (mentalizzazione esplicita)?

Test: Test of Emotional Comprehension (TEC; Pons, Harris, 2005); L'Happé's Strange Stories Test (Happé, 1994); Child Reflective Functioning Scale (CRFS; Ensink, Target, Oandasan, 2013),

2. Identità e relazioni

a. Capacità di differenziazione e integrazione della personalità

Capacità del bambino di distinguere le rappresentazioni interne, le motivazioni e gli stati affettivi dagli eventi e dalla realtà esterna, e al tempo stesso di creare collegamenti tra queste rappresentazioni interne (desideri, affetti, sé, altri). Più il bambino è in grado di pianificare, organizzare e controllare i propri comportamenti, più la capacità di regolazione affettiva è connessa con la qualità della rappresentazione di sé all'interno delle relazioni interpersonali (per esempio: "Sono un bambino che piace ai suoi insegnanti" vs "Ai grandi proprio non piaccio").

Test: Lo Story Stem Completion Task (Hodges, Hillman, Steele et al., 2004).

b. Capacità di relazione e intimità

Valuta la relazionalità del bambino e l'impatto dei rapporti interpersonali sulla formazione della sua identità. Comprende il suo stile relazionale caratteristico, la capacità di stabilire relazioni diadiche, quella di relazionarsi in gruppo e condividere le esperienze, oppure la presenza di un eccessivo egocentrismo.

N.B. Raccogliere informazioni da varie fonti (genitori, fratelli, insegnanti, allenatori e altre figure significative) è particolarmente importante, in quanto consente di avere una rappresentazione esaustiva del funzionamento interpersonale del bambino nei suoi diversi contesti di vita

b. Capacità di relazione e intimità

Il clinico dovrebbe cercare di valutare il senso di sicurezza sperimentato dal bambino all'interno delle relazioni.

Per fare questo tipo di valutazione ci si pone domande come: il comportamento di attaccamento di questo bambino gli offre un senso di sicurezza quando necessario? A chi si rivolge quando ha bisogno di rinforzare il suo bisogno di sicurezza? C'è qualcosa o qualcuno che lo spaventa? Tende a ricercare relazioni di tipo diadico o triadico? Qual è il suo livello di investimento sugli altri? Questo bambino cerca la relazione? Qual è la connotazione affettiva prevalente delle sue relazioni (per esempio, è troppo controllante oppure troppo remissivo)? Ricerca o manifesta affetto? Richiede aiuto e, se sì, da chi? Con quale modalità? In modo appropriato? Eccessivo?

Test: Machover Draw-a-Person Test (Machover, 1949)

c. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna

Le prime esperienze relazionali con i caregiver forniscono al bambino gli strumenti per interagire in modo efficace con gli altri, promuovendo, al tempo stesso, la costruzione di una rappresentazione di sé come persona separata e capace di intervenire attivamente all'interno dei rapporti interpersonali.

Queste esperienze di relazione sono caratterizzate da momenti di rottura e riparazione che consentono al bambino di costruire una modalità di interazione con il mondo esterno flessibile ed efficace.

L'esperienza di sentirsi soggetto agente nelle relazioni è un ingrediente fondamentale per la costruzione di un sentimento di autostima e rispetto di sé (per esempio: “La mia mamma mi vuole davvero bene, e anche io gliene voglio”).

c. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna

Il clinico dovrebbe porsi domande come: il sé psicologico del bambino è per lui fonte di gratificazione o di sofferenza e conflitto (per esempio: “Sono un bambino amabile” vs “Non piaccio a nessuno”)?

Come si percepisce all'interno delle relazioni, e come si sente rispetto a questa percezione (per esempio: “Ai miei amici piace giocare con me” vs “Nessuno vuole essere mio amico”)? Ci sono aspetti del bambino che suggeriscono l'interiorizzazione di aspetti problematici di alcune relazioni difficili, come l'ostilità genitoriale, o del tipo di investimento, per esempio un investimento narcisistico, dei genitori?

Test: La Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (Harter, Pike, 1984)

3. Difese e Coping

a. Capacità e controllo degli impulsi

Durante l'infanzia, una compromissione in quest'area può portare a manifestazioni di aggressività incontrollata e alla mancanza di un livello di inibizione appropriato all'età in uno o più contesti di vita (per esempio, casa, scuola, gioco).

La mancanza di autocontrollo tende a causare una compromissione nel processo di apprendimento e nelle relazioni con i pari e/o le figure di autorità.

All'altro polo dello spettro, i bambini in conflitto con l'espressione dell'aggressività e dei loro desideri possono diventare rigidi e ipercontrollati.

Un alto funzionamento in questo ambito presuppone la capacità di tollerare la frustrazione quando necessario e di riconoscere o descrivere i propri impulsi come modalità di autoregolazione.

b. Capacità e controllo degli impulsi

effortful control: Il livello di efficacia del funzionamento esecutivo (la capacità di inibire una risposta dominante, allo scopo di mettere in atto una risposta subdominante, di pianificare le proprie azioni e di riconoscere gli errori). Questa capacità riveste un ruolo importante nell'autoregolazione e influenza in modo significativo il funzionamento della personalità.

A livello teorico, l'*effortful control* viene spesso collegato allo sviluppo e al mantenimento di disturbi di tipo esternalizzante nei bambini (per esempio, aggressività e problemi di condotta) in quanto è coinvolto nell'elaborazione delle informazioni e nella modulazione delle emozioni.

La Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, Rescorla, 2001)

Conners Parent-Teacher Rating Scale – Revised Per una descrizione (Conners, 1997)

c. Funzionamento difensivo (difese primitive difese evolute)

Le difese “primitive” tendono a essere utilizzate in fasi molto precoci dello sviluppo, mentre quelle “di alto livello” iniziano a essere utilizzate solo dopo il consolidamento della costanza d’oggetto (cioè, quando il bambino è in grado di mantenere una rappresentazione del caregiver che lo fa sentire al sicuro anche quando non è fisicamente presente); inoltre, ha sostenuto che le difese sono tentativi di gestire stati mentali derivanti sia dall’esperienza interna (per esempio, la colpa) sia dall’esterno (per esempio, la paura). Assumere una prospettiva evolutiva nella valutazione dei meccanismi di difesa consente una migliore comprensione del contesto relazionale in cui si manifestano e offre una cornice in cui inquadrare i comportamenti, gli affetti e i pensieri di natura difensiva.

Infanzia

Linee guida evolutive: funzionamento difensivo (4-11 anni)

4-6 anni

Il bambino si cimenta con l'interiorizzazione degli standard genitoriali riguardo a cosa è giusto e cosa è sbagliato. Gran parte dell'angoscia che sperimenta nasce dunque dall'interno, cioè, dal conflitto tra i propri desideri e bisogni e le nuove regole da applicare alla loro espressione. Sentimenti di colpa e vergogna sono spesso fonte di sofferenza. I conflitti, e l'intensità degli affetti associati, tendono ancora a essere gestiti per mezzo del diniego a livello di fantasie, espressioni e comportamenti. La gestione dell'aggressività può essere ancora difficoltosa e mettere a repentaglio il fragile equilibrio che il bambino sta cercando di raggiungere con le sue nuove competenze cognitive ed emotive. È presente, tuttavia, un graduale passaggio a difese più orientate alla realtà. La formazione reattiva è una strategia molto comune a questa età (per esempio: "Adoro la mia sorellina"), e così pure l'identificazione con l'aggressore. Un meccanismo meno efficace, ma ancora presente a quest'età, è il rivolgere l'aggressività verso di sé (per esempio: "Mi picchio da solo prima che qualcuno mi rimproveri"). Sono comuni anche attività di tipo ritualistico e ripetitivo (per esempio, canzoncine o filastrocche).

7-8 anni

A quest'età il bambino sperimenta una sorta di coinvolgimento "amoroso" per il mondo, come già avviene in alcune fasi della prima infanzia. Una strategia difensiva centrale in questa fase è la sublimazione, che consente un certo grado di gestione degli impulsi sperimentati sul momento. Nonostante la maturazione cognitiva tipica di questa fase, il bambino può funzionare ancora in modo rigido e concreto in alcuni ambiti cognitivi; permane la tendenza a pensare agli altri in termini categoriali (per esempio: "I genitori sono tutti ingiusti"). Formazione reattiva e capovolgimento dell'affetto sono spesso utilizzate per gestire sentimenti e desideri fortemente conflittuali (per esempio, un bambino carico di impulsi aggressivi può assumere un atteggiamento sottomesso nel contesto delle relazioni con i pari).

9-11 anni

In questa fase, la tendenza alla sfida e alla razionalizzazione si accompagna a un minor ricorso al diniego. I meccanismi di difesa prevalenti sono: l'isolamento affettivo, la formazione reattiva, l'annullamento retroattivo e l'intellettualizzazione. Al fianco di difese di tipo ossessivo, può essere ancora presente un'inibizione nelle aree della comunicazione verbale, della memoria, dell'intelligenza o del processo di pensiero secondario. Un funzionamento di alto livello è caratterizzato dalla capacità del bambino di fermarsi a riflettere con l'aiuto di un adulto e di utilizzare difese efficaci nel promuovere un adattamento flessibile e la gestione di situazioni complesse.

d. Capacità di adattamento e resilienza

La resilienza la capacità di superare situazioni avverse o stressanti in modo positivo ed efficace.

La mentalizzazione empatica dei sentimenti e dei bisogni altrui, la comprensione di pensieri, credenze, sentimenti e prospettive proprie e altrui (*perspective-taking*) e un'assertività adeguata (aspetto, quest'ultimo, connesso all'emergere del senso di *agency*) sono punti di forza al servizio della resilienza.

d. Capacità di adattamento e resilienza

Nel valutare le capacità di adattamento è importante a considerare dunque i punti di forza del bambino quando devono valutare la sua capacità di adattarsi e rispondere alle sfide e alle difficoltà, a livello sia comportamentale sia emotivo, in modo flessibile e adeguato. Le osservazioni sulle risposte ai fattori di stress o a eventi avversi riportate dagli insegnanti, dai genitori o da altri adulti significativi rivestono un'importanza fondamentale

Child and Youth Resilience Measure- 28 (Panter-Brick C, Hadfield K, Dajani R, Eggerman, M, Ager. A, Ungar M, 2017).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997).

4. Autoconsapevolezza e autodirezionalità

a. Capacità di auto-osservazione (mentalizzazione)

La *psychological mindedness* o mentalità psicologica si sviluppa a seguito della crescente capacità del bambino di pensare a livello astratto, di comprendere se stesso, di fare esperienza di emozioni complesse e di assumere il punto di vista delle altre persone. In questo periodo si strutturata curiosità in ambito interpersonale, così come della capacità di creare collegamenti significativi tra le diverse esperienze relazionali.

Con i bambini più piccoli, inoltre, dovrebbe fare particolare attenzione alle esperienze comunicate e veicolate attraverso il gioco.

Domande: Il bambino sembra manifestare, attraverso un meccanismo di spostamento, un'emergente capacità di auto-osservazione e di insight sulle proprie emozioni? Per esempio, se nel corso di un gioco la bambola vuole entrare nella stanza dei genitori ma, stando alla storia del bambino, non lo può fare, è possibile ipotizzare che il bambino stia facendo riferimento a un suo desiderio e ai relativi bisogni emotivi e anche a una realtà che li contrasta.

Test: Child and Adolescent Mindfulness Measure La Child and Adolescent Mindfulness Measure

b. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali (rigidità del Super io)

Il bambino può essere intransigente con sé stesso e può strappare un compito dopo averlo finito, mentre un bambino rigido e perfezionista può cancellare e riscrivere il compito in modo compulsivo.

In questi casi, il clinico dovrebbe valutare l'eventuale equilibrio tra manifestazioni del Super-io adattive/benevole (per esempio: "Va be', lo rifaccio") e punitive (per esempio: "Sbaglio sempre tutto"). Di seguito viene fornita una descrizione delle conquiste evolutive prevedibili nei bambini dai 4 agli 11 anni, riconducibili a questa funzione.

Asse Personalità (P)

Asse personalità

In età evolutiva questo aspetto viene considerata in via di definizione:

- a. Nevrotica
- b. Borderline
- c. Psicotica

Asse P - Funzionamento nevrotico

- Sono logici e riflessivi.
- Tendono a adattarsi bene alle nuove circostanze e alle sfide. **Quando si agitano o si disregolano, riescono a riconquistare l'equilibrio**, talvolta attraverso risorse interne autoconsolatorie, talvolta con un aiuto esterno.
- Possono essere impulsivi, oppositivi o distruttivi, ma quando sono trattati ragionevolmente e sensibilmente possono riacquisire il controllo, riflettere sulle proprie responsabilità rispetto a ciò che è andato storto, e apprezzare il punto di vista dell'altro. I bambini che funzionano a questo livello di personalità riescono a provare rimorso e sentimenti di colpa. Hanno un senso della giustizia, e di ciò che è giusto o sbagliato, sempre più chiaro.
- Le loro difese, sia internalizzanti sia esternalizzanti, funzionano efficacemente nel mantenere l'esame di realtà. Questi bambini hanno consapevolezza di chi sono e possono valutare ragionevolmente gli altri.

Asse P - Funzionamento nevrotico

- Il livello nevrotico di organizzazione della personalità permette di vedere contemporaneamente gli aspetti sia buoni sia cattivi delle persone. Possono essere richiedenti o autocentrati, ma sono anche capaci di empatia e sensibili ai motivi e ai desideri degli altri.
- Tendono ad avere rapporti stretti sia con i coetanei sia con gli adulti investiti di autorità, e riconoscono i confini tra sé e gli altri.
- Possono riflettere sul loro comportamento e assumersi la responsabilità di buona parte di ciò che può andare storto, vivendo come egodistonici i comportamenti che insieme ai loro genitori vedono come problematici. La loro gamma affettiva è ampia e l'affetto chemostrano è appropriato al contenuto.

Asse P- Funzionamento borderline

Tendono ad avere un pensiero rigido e inflessibile.

Assumere il punto di vista di un'altra persona per loro è difficile. Non riescono a distinguere le sfumature e percepiscono gli eventi, le persone e le interazioni in termini di "tutto buono o tutto cattivo". I bambini che hanno storie di traumi possono dissociarsi sotto stress; possono manifestare disturbi del pensiero (per esempio, allentamento delle associazioni, tangenzialità, pensiero concreto) e avere difficoltà nel distinguere tra ciò che proviene dal loro mondo interno e ciò che viene dall'esterno.

Sotto stress possono disorganizzarsi, fino al punto da vivere brevi rotture nel rapporto con la realtà; tuttavia, quando sono aiutati o quando viene offerto loro uno stimolo alternativo, hanno la capacità di ricostituire il contatto con la realtà. Quando perdono la capacità di regolazione emotiva è difficile calmarli. Capricci, rabbia o pianti possono durare per lunghi periodi di tempo, indipendentemente, almeno in apparenza, dal tentativo dei caregiver di essere empatici, supportivi e tranquillizzanti. La loro capacità di autoriflessione è scarsa.

Asse P- Funzionamento borderline

Nelle storie dei bambini che funzionano a questo livello di personalità episodi di maltrattamento sono frequenti, compresi trascuratezza e abuso. I bambini abusati sessualmente spesso sviluppano un livello borderline di organizzazione della personalità, soprattutto quando l'abuso è stato perpetrato dai caregiver. Per alcuni bambini, tuttavia, i fallimenti empatici precoci e/o persistenti da parte dei caregiver (che talvolta si trovano a interagire con una predisposizione temperamentale alla reattività) spesso provocano uno stile di attaccamento disorganizzato, una tendenza a esprimere le emozioni attraverso l'azione e disfunzioni nello sviluppo neuropsicologico, nella capacità simbolica e nella capacità di funzionamento riflessivo.

Hanno poca curiosità riguardo a se stessi e possono avere difficoltà a mantenere un senso coerente di sé. Possono relazionarsi agli altri in termini di funzioni che questi soddisfano, ma non riescono ad apprezzare o a comprendere chi sono gli altri o che cosa li motivi. Non sono rari cambiamenti rapidi nel modo di percepire o di relazionarsi con gli altri. I bambini di livello borderline possono essere autenticamente empatici in un dato momento, ma del tutto insensibili in un altro momento.

Asse P - Personalità psicotiche

E' caratterizzato da produzioni verbali bizzarre, difficili da seguire e talvolta non correlate alla conversazione o alla situazione in questione.

Si verificano continuamente rotture dell'esame di realtà che non sono poi soggette a correzione; possono essere presenti esperienze di deliri e allucinazioni; somatizzazioni e preoccupazioni somatiche sono frequenti sono inappropriati rispetto al contenuto; le reazioni affettive, i comportamenti e le produzioni verbali possono riflettere risposte del bambino a stimoli interni piuttosto che esterni. I bambini di livello psicotico possono ridere o spaventarsi apparentemente senza motivo; gli affetti possono essere piatti o moderati o, al contrario, molto intensi, ma in entrambi i casi sproporzionati alle circostanze.

Questi bambini possono avere difficoltà a distinguere gli stimoli interni da quelli esterni e mostrano confusione rispetto a ciò che distingue una persona dall'altra; senza un'apparente giustificazione, gli altri possono essere visti come minacciosi.

Asse P- Personalità psicotiche

I coetanei tendono a considerare questi bambini come “strani” o “pazzi”; sono spesso oggetto di bullismo o vengono evitati. I loro giochi hanno la tendenza a essere idiosincratici, con temi strani, che mutano rapidamente e sono difficili da seguire. Possono perdere i confini tra sé e l'altro e tra gioco e realtà.

Del terapeuta o della relazione terapeutica non hanno una percezione chiara, anzi spesso non ne sono affatto consapevoli. Hanno scarsa capacità o interesse per l'autoriflessione; i tentativi di entrare nel mondo del bambino, o di conoscerlo meglio, tendono a essere considerati intrusivi o motivati da ostilità, oppure possono essere visti con indifferenza. Si tratta di bambini che spesso hanno storie familiari segnate da gravi problemi di salute mentale.

Asse S child

Tabella 9.1 Pattern sintomatologici nell'infanzia: l'esperienza soggettiva – Asse SC

SC0	Risposte sane
SC01	Crisi evolutive
SC02	Crisi adattive
SC2	Disturbi dell'umore
SC22	Disturbi depressivi
SC24	Disturbo bipolare
SC27	Suicidalità
SC29	Reazione alla perdita e lutto prolungato
SC3	Disturbi correlati prevalentemente all'ansia
SC31	Disturbi d'ansia
	SC31.1 Fobie
SC32	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
	SC32.1 Disturbo ossessivo-compulsivo
SC4	Disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti
SC41	Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
	SC41.1 Disturbi dell'adattamento (distinti da condizioni evolutive)
SC5	Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
SC51	Disturbo da sintomi somatici
SC8	Disturbi psicofisiologici
SC81	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
	SC81.1 Anoressia nervosa
	SC81.2 Bulimia nervosa
SC9	Disturbi da comportamento dirompente
SC91	Disturbo della condotta
SC92	Disturbo oppositivo provocatorio
SC93	Disturbi correlati all'uso di sostanze
SC11	Disturbi delle funzioni mentali
SC111	Disturbi da tic
SC112	Disturbi psicotici
SC113	Disturbi neuropsicologici
	SC113.1 Disturbi del movimento
	SC113.2 Disturbi dell'elaborazione visuo-spaziale
	SC113.3 Disturbi del linguaggio e dell'elaborazione uditiva
	SC113.4 Compromissione della memoria
	SC113.5 Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
	SC113.6 Difficoltà nelle funzioni esecutive
	SC113.7 Deficit cognitivi gravi
SC114	Disturbi dell'apprendimento
	SC114.1 Disturbi della lettura
	SC114.2 Disturbi del calcolo
	SC114.3 Disturbi dell'espressione scritta
	SC114.4 Difficoltà dell'apprendimento non verbale
	SC114.5 Difficoltà dell'apprendimento socioemotivo
SC12	Disturbi dello sviluppo
SC121	Disturbi della regolazione
SC122	Problemi della nutrizione nell'infanzia
SC123	Disturbi dell'evacuazione
	SC123.1 Encopresi
	SC123.2 Enuresi
SC124	Disturbi del sonno-veglia
SC125	Disturbi dell'attaccamento
SC126	Disturbi dello spettro dell'autismo
	SC126.1 Autismo
	SC126.2 Sindrome di Asperger